

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 67

L'ACTINOMYCOSE

MAMMAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Stoyan MILEFF

Né le 16 Septembre 1876, à Breznik (Bulgarie).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1900

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 67

L'ACTINOMYCOSE

MAMMAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Stoyan MILEFF

Né le 16 Septembre 1876, à Brezouk (Bulgarie).

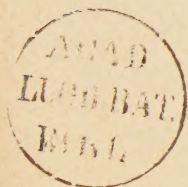


LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1900



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X.
Cliniques chirurgicales.	FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.) ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT. SOULIER. CROLAS.
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales.	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique.	
Chimie organique et Toxicologie.	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie.	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne.	
Pathologie externe.	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale.	
Hygiène.	
Thérapeutique.	
Pharmacologie.	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS. —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; BOYER, Assesseur;
MM. ROLLET et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Bien minime témoignage de tout le respect,
de toute la reconnaissance et de toute
l'affection que je leur dois.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552405_0077

INTRODUCTION

L'actinomycose de la glande mammaire, vu sa rareté et la difficulté de diagnostic, est passée presque inaperçue pour les auteurs classiques. Quelques chirurgiens ayant observé de rares cas et frappés par la bizarre évolution de la maladie, se sont contentés de publier les observations.

M. W. Müller est le premier qui a abordé ce sujet dans un article intitulé : *Ueber Actinomycose der Brustdrüse*¹.

M. le professeur Poncet, ayant en main la curieuse observation de M. Nélaton, la fait publier et, sous son inspiration, nous l'avons choisie comme sujet de notre thèse.

Ainsi, dans notre travail, nous nous sommes efforcé de réunir toutes les observations connues d'actinomycose mammaire, ayant pour unique but d'appeler l'attention sur cette curieuse localisation de l'actinomycose souvent méconnue.

Nous adressons donc à notre maître, M. le profes-

¹ *Munch. med. Wochenschrift*, 1894, p. 1027.

seur Poncet, pour l'idée qu'il nous a donnée et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, nos remerciements les plus sincères.

Qu'il nous permette de lui dire combien nous ressentons l'honneur qu'il nous fait et qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre vive reconnaissance.

Quant à M. le professeur Testut, nous nous souviendrons toujours de ses savantes leçons et de l'intérêt qu'il nous a montré. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous remercions également tous nos maîtres de la Faculté de Lyon pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué avec tant de sollicitude et de bienveillance.

Nous remercions notre ami le Dr Mikoff, qui nous a été si utile pour les traductions étrangères.

Notre travail est divisé en six chapitres :

Chapitre premier. — *Morphologie de l'actinomyces et ses méthodes d'examen.*

Chapitre II. — *Etiologie et Pathogénie.*

Chapitre III. — *Anatomie pathologique.*

Chapitre IV. — *Symptomatologie.*

Chapitre V. — *Marche, diagnostic et pronostic.*

Chapitre VI. — *Traitement.*

L'ACTINOMYCOSE

MAMMAIRE

CHAPITRE PREMIER

MORPHOLOGIE DE L'ACTINOMYCES ET SES MÉTHODES D'EXAMEN

L'*Actinomyces bovis* ou *hominis*, champignon parasite que l'on retrouve au sein des lésions actinomycosiques, se présente sous forme d'agglomérations visibles à l'œil nu. Ce sont des grains jaunes, d'un jaune soufré ou rougeâtre, qui ont souvent le volume d'un grain de lycopode, d'un grain de millet au maximum ; ils mesurent ordinairement de 1/10 de millimètre à 1 millimètre, bien qu'ils puissent atteindre des dimensions supérieures. Souvent, ils s'échappent en masse sous la pression du bistouri, lorsqu'il ouvre une collection mycosique ; leur agglomération est assez volumineuse pour frapper l'œil le moins exercé ; leur couleur jaune donne l'impression de grains d'iodoforme finement pulvérisés. Ces grains donnent alors l'idée de grains de sable disséminés. Quelquefois

ils sont entourés d'une zone consistante, comme glai-
reuse, d'une sorte d'atmosphère micoïde d'où il est
assez difficile de les enlever.

Dans chaque grain on peut distinguer deux zones
assez nettement séparées : l'une centrale, constituée
par un enchevêtrement serré de filaments mycéliens,
l'autre périphérique, à contours festonnés, et dont les
éléments volumineux et ovoïdes, plus ou moins irrégu-
liers (variant de 18 à 40 μ), sont disposés en couronne
autour du feutrage central; ce sont les massues. Sur
l'une et l'autre zone se détache quelquefois, mais rare-
ment, un semis de corpuscules arrondis de 1 à 2 μ de
diamètre, distribués sans ordonnance aucune, ressem-
blant à s'y méprendre à des cocci isolés, et que l'on a
pris pendant longtemps pour des microbes d'infection
secondaire; en réalité, ces petits corps répondent aux
spores. Cette description ne s'applique qu'aux parasites
adultes. Dans le grain en évolution, il n'y a qu'un élé-
ment constant, qui est le mycélium central; les spores
ne s'observent que dans les milieux de culture très favo-
rable, où la nutrition du végétal n'est nullement
entravée; et les massues, forme de dégénérescence et
de résistance, n'apparaissent, au contraire, que lorsque
l'actinomyces se trouve en présence de cellules
vivantes, susceptibles de lui opposer des réactions de
défense.

Il est facile, dès lors, de comprendre pourquoi,
dans la plupart des cultures artificielles entretenues
avec soin, on ne trouve que des filaments et des spores,
et presque jamais, pour ne pas dire jamais, des
massues.

Pour prendre connaissance de l'évolution du parasite, il nous suffira donc de suivre le développement des filaments mycéliens. C'est sur ce point, du reste, qu'ont porté la plupart des divergences d'opinion des auteurs.

Mycélium. — A l'examen microscopique des grains jaunes préalablement dissociés par simple écrasement sous une lamelle après coloration au violet de gentiane (méthode de Gram), on constate qu'au début les filaments mycéliens ont l'aspect de bâtonnets enchêvêtrés, larges de 1 à 2 μ sur 3 à 6 μ de long ; les uns rectilignes, les autres onduleux ou contournés en tire-bouchon, presque toujours isolés, ou parfois en voie de fragmentation, avec des intervalles clairs dans leur intérieur. Ces mêmes filaments, transportés dans un milieu approprié : bouillon peptonisé, gélatine, agar, etc., à une température de 37 à 40 degrés, apparaissent augmentés de nombre et mélangés d'une quantité considérable de spores isolées, ou enfin allongés parfois jusqu'à 50 à 100 μ , et ramifiés irrégulièrement.

Sporulation. — Certains filaments, dits reproducteurs, se sont épaissis et différenciés, puis s'étranglent et se segmentent bientôt de la périphérie au centre en un chapelet de corpuscules arrondis, qui vont enfin se détacher à l'état de spores. Ces dernières diffèrent par là des spores endogènes des bactéries.

Ce processus de reproduction et de notion récente est bien distinct de celui qui aboutit à la formation des massues. On avait cru d'abord que les massues, elles aussi, étaient analogues à des sporanges et devaient

mettre en liberté des spores. Mais Boström, puis Sauvageau, Bodais et Domec démontrèrent nettement que la massue correspond, au contraire, à un produit de dégénérescence hyaline de l'exoplasma condensé sur les bords du filament mycélien, et semble lui constituer une gaine qui, en réalité, n'existe pas.

Chaque massue est d'abord appendue à un filament, qui se détruit plus tard. Elle apparaît striée concentriquement, assez régulièrement ovoïde au début, et devient le siège plus tard d'une désintégration progressive, jusqu'au moment de sa disparition complète. A mesure que le mycélium se transforme en massue, ses réactions colorantes changent petit à petit, et lorsque la massue devient plus distincte, plus épaisse, elle perd son élection pour les réactifs du mycelium (le Gram, aniline), pour devenir plus sensible à la safranine, à l'éosine et au picro-carmin. D'où la nécessité de faire des doubles colorations pour bien suivre cette évolution.

Méthode d'examen

L'examen microscopique sur la constatation de l'actinomyces dans des cas suspects porte généralement sur des liquides de collections ou d'ulcérations fistuleuses, ou sur un morceau de tissu malade.

L'actinomyces se présente alors, presque toujours, en agglomérations caractéristiques qui constituent les grains jaunes.

Cependant l'absence de ces derniers dans les produits d'excrétion d'une lésion suspecte ne devrait pourtant pas faire conclure à l'absence du parasite qui, dans de

nombreux cas, se trouve encore fixé dans les fungosités des trajets fistuleux où il peut n'être représenté que par quelques touffes de mycélium ou par des massues éparses, si le foyer est en voie de guérison et s'il se trouve très modifié par des infections secondaires.

Avant de s'adresser directement au microscope pour examiner les tissus ou les collections suspectes, la première précaution à prendre, c'est de les étendre sur une lame de verre poli, à l'aide d'une aiguille, en une couche mince, sans rien écraser, et en les dissociant grossièrement. Les grains ainsi recueillis seront ensuite transportés par groupes de trois ou quatre sur d'autres lames porte-objet. Il est préférable, pour faciliter les recherches, d'avoir recours à une des nombreuses méthodes rapides de coloration. Parmi ces méthodes, permettant bien de déceler la présence de l'actinomyces et surtout d'obtenir des préparations plus ou moins nettes et durables, nous en citerons quelques-unes des plus simples et des plus en usage.

La méthode de Babès, par la safranine dans l'eau anilinisée et la solution iodo-iodurée, donnerait d'excellents résultats.

« La technique adoptée par M. Dor au laboratoire de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, et dont on a fait l'épreuve avec succès dans un grand nombre de cas observés dans le service, est la suivante :

« Immersion rapide dans la potasse à 30 pour 100 des grains imparfaitement dissociés, pour détruire toutes les particules animales qui les souillent, puis lavage à l'eau qui entraîne l'excès de potasse et les substances étrangères. Cette pratique aura parfois pour

effet de détruire entièrement la granulation que l'on prenait pour une masse actinomycosique, et qui, en réalité, était constituée par des débris de tissus malades; elle sera donc une méthode de diagnostic précieuse dans certains cas, mais parfois aussi dangereuse, car si le grain jaune vrai que l'on observe a déjà été morcelé par la phagocytose, l'eau de lavage, après l'immersion à la potasse, entraînera à la fois les débris de leucocytes et les éléments fragmentés du grain. »

La méthode de Gram, de Weigert, ou la solution saturée de fuchsine (Roussel), sont également de bons procédés, disent les auteurs.

Dans la majorité des cas, cependant, il sera suffisant de recourir à la méthode de Baranski, par le picro-carmin vieilli. On fait tomber sur une lame où reposent quelques grains isolés et étalés en couche mince une goutte de picro-carmin, qu'on laisse en contact pendant cinq à dix minutes; on lave à l'alcool ou à l'eau et puis on traite par la glycérine; l'actinomyces prend une couleur jaune, le reste de la préparation est rouge; pour les préparations permanentes, on monte dans le baume du Canada. La technique de la coloration du parasite dans les coupes peut être exactement la même que celle que nous avons décrite ci-dessus pour les grains isolés, moins l'immersion préalable dans la potasse, qui altérerait les cellules du tissu intéressé. Avec le picro-carmin et une des couleurs d'aniline appropriées, on obtient même des colorations triples : cellules animales avec une teinte qui varie du

¹ Poncet et Bérard, *Actinomycose humain*, p. 17.

rouge franc au rose, massues en orangé, mycélium en bleu ou violet.

Le principe général de toutes ces colorations est le suivant :

. Dans tous les grains actinomycosiques, les filaments mycéliens ont une élection particulière pour les couleurs d'aniline (violet de gentiane, bleu de méthyle, etc.) et gardent le Gram, tandis qu'ils sont décolorés par les acides forts dans la méthode d'Ehrlich. Au contraire, les massues de la couronne périphérique, peu sensible à ces colorants, sont fortement teintées en jaune orangé par le picro-carmin, en rose par le carmin et en rouge par l'éosine. Les spores se distinguent par leur éclat réfringent et par leur coloration limitée à l'enveloppe ; elles réagissent vis-à-vis des éléments colorants comme le mycélium.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'actinomycose, dans ses localisations mammaires, est assez rarement observée. Maladie, commune à l'homme et aux animaux, elle se rencontre plus souvent chez la vache et la truie. Elle semble plus fréquente en Danemark et très rare en France.

Depuis que Ponfik a démontré la présence de l'actinomycose au pis des vaches sous forme de foyers multiples ascendants, et depuis que Johné a trouvé une affection semblable chez les truies sous forme de fibromes diffus, les observations se sont multipliées et l'actinomycose, dans ses localisations mammaires chez les bovidés paraît moins rare qu'on ne le croyait. En effet, W. Williamson, Erhardt, Jensen, Rasmussen rapportent des cas observés chez la vache et Hertwig, Hamoir, Bang, des cas observés chez la truie ; ce dernier auteur a pu observer 52 cas en l'espace de 3 mois.

L'opinion de l'infection actinomycosique par les végétaux prédominant aujourd'hui, la localisation mammaire chez les animaux ne nous présente aucune difficulté d'être expliquée au point de vue étiologique ; ces derniers se couchant et ruminant sur la paille et

dans les champs de blé, l'infection se fait par propagation directe aux canaux galactophores. Cette opinion est généralement admise par tous les auteurs et démontrée expérimentalement par John.

Chez l'homme, c'est un peu différent. Certes, l'actinomyose mammaire primitive existe, mais, à part les cas où l'infection se fait par les canaux galactophores (obs. I et II), elle peut se faire encore par solution de continuité de la peau, occasionnée soit par un traumatisme, soit par une autre affection (obs. III, IV, V).

Quant aux cas d'actinomyose mammaire secondaire, chez les animaux, ils n'existent pas, mais chez l'homme sont les plus fréquents.

Donc, l'actinomyose mammaire peut être divisée en : A. *Actinomyose mammaire primitive*, et : B. *actinomyose mammaire secondaire*.

A. **Actinomyose mammaire primitive.**

L'actinomyose mammaire primitive, plus fréquente chez les Bovidés, est très rare chez l'homme. Pour que l'infection se fasse, il faudra que la personne contaminée soit exposée au contact direct des graminées ou des animaux malades, ou que les actinomyces soient transportés, d'une façon quelconque, au milieu du tissu mammaire ou dans les conduits galactophores.

Ces conditions étologiques peuvent être réalisées chez les paysans vaquant à leurs occupations champêtres la poitrine nue (comme dans le cas d'Ammentrop), mais il y a des cas, où le mécanisme de l'infection nous échappe. Si, dans l'observation d'Ammentrop, nous

pouvons incriminer les graminées, puisque la malade est restée quinze jours dans les champs, la poitrine nue, si nous acceptons l'explication de Partsch, pour son observation, à savoir que c'est une infection opératoire nous ne pouvons pas en faire autant pour les trois autres observations.

Pour l'observation d'Arthur, nous pouvons dire seulement que l'infection a dû se faire par les canaux galactophores, comme elle se fait ordinairement chez les animaux, vu que nous ne trouvons pas d'autre porte d'entrée.

Nous nous trouvons enfin dans l'impossibilité absolue d'expliquer le mode d'infection chez les deux malades de Müller; nous nous contenterons seulement de citer les appréciations de cet auteur.

Premier cas (obs. IV). — « La malade a eu des accouchements; elle a nourri ou, du moins, elle a essayé de nourrir. Elle pouvait donc, pendant ce temps, contracter plusieurs mastites avec des abcès; il se peut, dès lors, que la plaie se soit infectée secondairement, comme dans le cas de Partsch. On pouvait, d'autre part, supposer que l'infection était due aux différents remèdes appliqués sur la plaie, comme les feuilles de lierre, farine de blé et farine de lin. C'est de cette façon seulement que se peut justifier la guérison qui s'était maintenue pendant deux mois. Mais la malade, en dehors de cela, avait reçu un coup très fort dans la partie du sein qui a été atteinte plus tard; dans ce cas-là, on peut supposer que c'était une suppuration consécutive au coup et que la plaie s'était infectée secondairement, après l'ouverture. Si on réfléchit que, dans la plupart

des cas d'actinomycose, il y a eu traumatisme et que, plus tard, la maladie apparaissait sans que la peau extérieure fût entamée, nous pouvons expliquer notre cas de la façon suivante :

« La malade était porteur d'un foyer primitif avec localisation secondaire là où le traumatisme avait porté. De plus, puisque la malade avait une affection dentaire, celle-ci peut avoir son importance, non seulement comme maladie particulière, mais aussi comme porte d'entrée à l'infection. Alors s'il existe une connexion étiologique entre l'affection de la bouche et l'affection du sein, on n'a pas le droit de parler d'actinomycose primitive de la mamelle proprement dite.

« Dans le cas où l'on regardera l'affection mammaire comme primitive et l'affection dentaire comme secondaire, le processus aura la même signification, comme certaines inflammations chroniques, des synoviales en général, avec localisation articulaire secondaire. »

Deuxième cas (obs. V). — « Dans notre deuxième cas, comment s'est faite l'infection ? Nous l'ignorons.

« Chez la malade, il n'y avait pas d'affection dentaire ni de dents cariées ; comme possibilité d'infection par les végétaux, nous songerons seulement aux cataplasmes de farine de lin qui avaient été appliqués directement sur la plaie. Le traitement dans les deux cas était à peu près le même, ainsi que le traumatisme : incision de l'abcès. Si, chez notre première malade, nous pouvons éliminer une affection actinomycosique du poumon, nous ne pouvons pas le faire dans notre deuxième malade. Chez elle, on pourra admettre un petit foyer pulmonaire, simple hypothèse, bien que nous n'ayons

rien trouvé comme ramification secondaire fistulaire. Comme, dans ce cas, nous n'avons pas amputé le sein, nous n'avons pas le droit de nier l'existence d'une fistule très fine entre la paroi thoracique et le poumon. Ce qui peut nous faire rejeter l'hypothèse d'actinomyose pulmonaire primitive, c'est la guérison survenue qui s'était maintenue, le bon état général, étant donné que cette affection en elle-même doit être regardée comme incurable. »

Donc, tout ce que nous pouvons conclure, c'est que l'actinomyose mammaire primitive existe aussi bien chez l'homme que chez les animaux.

Chez ces derniers, l'infection se fait ordinairement par les canaux galactophores (fait démontré expérimentalement par Johne); le même mode d'infection peut exister chez l'homme.

Chez ce dernier, les grains actinomycosiques peuvent pénétrer dans les tissus mammaires à la suite d'une solution de continuité de la peau, due, soit au traumatisme, soit à une autre affection.

OBSERVATION I

(M. Arthur, *The Chicago Gynecological Society*,
1897, p. 364.)

D^r L.-L.-M. Arthur : Le patient présenté aujourd'hui est une femme âgée de vingt-deux ans, célibataire. Elle a toujours habité Chicago, sauf un été qu'elle a passé il y a quatre ans environ dans une ferme au nord de cette ville. Il y a huit semaines qu'elle a eu pour la première fois des manifestations de cette maladie. Elle a remarqué par hasard, une petite masse molle dans

la partie supérieure de la région mammaire gauche. La masse avait 3 à 5 centimètres d'étendue, était de forme oblongue, indolore mais sensible à la pression. Deux jours plus tard, elle consulta le Dr Abt qui me l'a envoyée. Après avoir anesthésié la malade, on a fait une incision sur la tumeur et on a enlevé un petit morceau pour l'examen microscopique. C'était, chose inattendue, du tissu glandulaire normal. La plaie fut réunie par première intention. Trois semaines plus tard, la malade remarqua une petite quantité de pus, issue d'une fistule située au-dessus de l'incision exploratrice. Le pus était épais et jaune, quelquefois mêlé de sang. La malade entra à l'hôpital de Michael Rase le 16 novembre 1896. Le 17 novembre, après anesthésie on lui fit une incision demi-circulaire autour de la moitié interne du sein gauche qu'on souleva. On incisa les muscles grand et petit pectoral, et on trouva, derrière la glande mammaire et sous le grand pectoral, une masse d'un brun chocolat sale. Dedans on trouva de nombreux petits grains jaunâtres, lesquels, à l'examen microscopique, étaient le champignon rayonné actinomycosique typique. Les parois de la cavité contenant cette masse étaient couvertes de nombreux petits corps d'un jaune de soufre. Après l'opération, la tumeur montre une tendance à se développer.

8 décembre. — On fit une seconde opération. La glande fut presque toute disséquée étant laissée suspendue du côté externe; la masse nécrosée fut enlevée avec la curette et après cautérisation on laissa guérir la plaie par bourgeonnements. Depuis, de nombreuses fistules sous-cutanées sont apparues à différents endroits; près des bords de la plaie le pus contenait toujours les grains caractéristiques. Comme traitement, on a employé l'acide phénique à 95 pour 1000, en injections dans les fistules, ce qui arrêta les progrès de la maladie.

15 janvier. — La plaie était dans d'excellentes conditions, recouverte de bonnes granulations guérissant vite; la malade a augmenté de 12 livres de poids.

Dans les antécédents de la malade, on ne trouve aucun trouble inflammatoire, pas d'abcès du cou, pas de dents gâtées, pas de troubles pulmonaires, rien du côté du médiastin, et la question

était de savoir si c'était une tumeur primitive où une inflammation spécifique chronique tuberculeuse ou syphilitique. Dans la famille, on ne trouve ni antécédents tuberculeux ni syphilitiques.

OBSERVATION II

(Ammentrop, rapportée par W. Müller.

Münchener medicinische Wochenschrift, 1894, p. 1027.)

Paysanne de trente-cinq ans. Elle fut opérée le 11 septembre 1892, dans le « Commune hospital » de Copenhague. Toujours bien portante. Après avoir vaqué à la moisson plusieurs semaines avec une poitrine presque découverte, elle avait senti pendant trois semaines des douleurs dans le sein droit. Pendant huit jours, la malade mettait des compresses chaudes.

A son entrée à l'hôpital, on trouva dans la partie supéro-externe du sein droit, une tumeur bien circonscrite, avec le plus long diamètre de 7 centimètres, adhérente à la peau du côté du mamelon, et glissant sur le grand pectoral. Au mamelon, il y avait une croûte de la grosseur d'un sou. Dans le creux axillaire droit, on trouvait de gros ganglions. Poumon intact. Le 13 septembre 1892, extirpation du sein avec curetage axillaire. Le grand pectoral tout à fait libre et sain. La tumeur n'arrive pas jusqu'à la base de la glande; en la sectionnant, on trouve de petits foyers purulents, entourés par du tissu conjonctif dur. Macroscopiquement, on trouve des grains jaunes actinomycosiques; microscopiquement, on trouve des formes typiques d'actinomyces.

Après onze jours, guérison qui se maintint jusqu'au printemps de 1894.

OBSERVATION III

(Partsch, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*,
p. 510, Bd. XXIII.)

Au mois de juin 1884, M. le professeur Fischer avait opéré un homme de soixante ans pour un cancer au sein gauche. L'opération s'était passée dans de bonnes conditions, seulement il fallait enlever une grande partie de la peau qui entourait le cancer à cause de son infiltration.

Après avoir enlevé les ganglions axillaires ainsi qu'une grande portion de tissu adipeux, la plaie était d'une dimension assez considérable; il fallait, pour la couvrir, exercer une grande traction qui provoqua une gangrène de la partie inférieure de la plaie. Tout s'était passé sans fièvre.

Pour couvrir la plaie gangrenée, on prit des morceaux de peau d'un jeune homme qui se trouvait en même temps à l'hôpital.

La cicatrisation de la plaie suivit en peu de temps; elle était presque fermée, excepté une petite fistule qui restait. Après avoir introduit un crayon d'iodoforme, elle finit aussi par se fermer et dans les premiers jours de septembre le malade était complètement rétabli. Les forces revenaient vite. Il sortit de l'hôpital.

Deux mois après, au mois de novembre, le malade revint à nouveau avec deux petites fistules dans la cicatrice; ces fistules avaient l'air de venir de petits abcès. Avec une petite sonde on ne pénétrait pas très loin et le pus sourdait à peine; après une cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent, ces fistules finirent par se fermer.

Peu de temps après, le malade revint à nouveau avec un abcès dans la cicatrice; une peau très mince le recouvrait. On incisa l'abcès. Une assez grande quantité de pus sortit, de couleur chocolat, sans odeur, et en même temps un grand nombre de petits grains jaunes qu'on examina au microscope, examen qui montra qu'il s'agissait d'actinomycose; quelques jours après, on décou-

vrit un nouvel abcès qui siégeait dans la peau saine à une des places où on avait placé des drains.

D'après cela, on était amené à supposer que ces trois abcès avaient une source commune siégeant dans la profondeur des parties molles.

Cette découverte donnait lieu à de nouvelles indications de traitement et d'intervention. Après une anesthésie locale M. le professeur Fischer essaya de gratter et tamponner la plaie ; malheureusement cette intervention n'amena pas de bons résultats.

Après la cicatrisation de la plaie principale, plusieurs fistules restaient sans guérir, ce qui faisait penser que la véritable source du mal n'avait pas été atteinte et qu'elle siégeait bien plus loin dans la profondeur des tissus. Avec la sonde on pénétrait très loin. Une nouvelle intervention fut donc décidée. Après anesthésie générale, on incisa et on découvrit que les trois fistules persistantes convergeaient toutes les trois vers un abcès gros comme une noisette et qui siégeait sur le bord axillaire du muscle grand pectoral au milieu d'ancien tissu cicatriciel et qu'elles avaient encore plusieurs ramifications.

Après une large incision de tout le tissu cicatriciel et une forte cautérisation avec le thermocautère, la plaie fut remplie avec de la gaze iodoformée.

La guérison survint sans aucune complication : la cicatrisation s'était faite en peu de temps. Depuis lors, le malade est resté jusqu'à aujourd'hui complètement guéri, même sans qu'une nouvelle récurrence soit survenue de son cancer.

L'état général est très bon.

OBSERVATION IV

(W. Müller, *Münchener medicinische Wochenschrift*,
1894, p. 1027)

H..., trente-quatre ans, femme d'un employé de chemin de fer. Cette femme, toujours bien portante, habitait quelque temps avant sa maladie dans un bâtiment affecté aux em-

ployés des chemins de fer. Ses occupations la tenaient éloignée du bétail et des céréales.

Mariée depuis six ans ; un an et demi après le mariage, accouchement normal ; au mois de juin 1891 deuxième accouchement. La malade a allaité pendant treize mois avec le sein gauche ; elle a souvent essayé de nourrir avec le droit, mais le mamelon était trop petit. Sept mois après le sevrage de l'enfant apparut dans le sein droit à la suite d'un coup très douloureux dans la poitrine, une petite tumeur qui, sept semaines après, était grosse comme un abricot.

Pendant trois semaines on traita la grosseur par des pommades, puis la douleur et la rougeur augmentant on fit une incision, et un peu de pus sortit. La plaie fut traitée longtemps par des cataplasmes de farine de lin ; plus tard la malade employa un mélange de pain et de feuilles de lierre. Puis elle nous avoua avoir employé de la farine de blé crue, du miel et de l'huile de lin qu'elle mettait sur la plaie. La plaie guérit au bout de deux mois et la guérison se maintint au moins pendant deux mois. Au commencement du mois de novembre 1893, le sein devint de nouveau dur et douloureux ; il se produisit dans la profondeur et en dedans du mamelon un gonflement d'abord dur et peu sensible ; après, en un endroit la peau devint rouge avec des douleurs très fortes et finit par s'ulcérer.

Il sortit un liquide sanguinolent. Le mari, déplacé, fut envoyé à Aachen ; sa femme se présenta à l'hôpital de la ville, le 12 décembre 1893, avec les symptômes suivants : se croyant forte et bien portante, elle se plaignait seulement du sein droit qui la faisait souvent souffrir et ne voulait pas guérir ; il était un peu enflé et le mamelon rétracté. Sur la partie médiane, juste à côté du mamelon, une fistule très fine paraissait, entourée de peau altérée. A la pression sort une goutte de pus presque liquide. Dans le sein une tumeur dure, superficielle, de la grosseur d'un œuf de poule, sans limites bien précises, et entourée par le tissu mammaire ; la peau est adhérente à la tumeur. Le sein, dans la profondeur, est mobile et il n'y a pas de ganglions axillaires. L'infiltration rappelle de prime

abord une mastite intersticielle avec formation d'abcès, occupant les deux tiers de la glande (plutôt le milieu que les côtés). A la pression, la glande est assez sensible. A l'examen du poumon nous ne constatons aucune trace de tuberculose. Le diagnostic balançait entre mastite chronique et tuberculose. Le 13 décembre 1893, opération; en dilatant la fistule, la franche saignée des bourgeons charnus, qui se produit ordinairement, manquait cette fois-ci. Les bourgeons sont durs et épaissis : deux choses qui nous ont fait penser à une actinomycose. La fistule menait dans un abcès, gros comme une noisette, duquel sortaient des grains actinomycosiques dont la preuve nous était donnée par l'examen microscopique. En allant plus loin, nous avons vu qu'il y avait d'autres manifestations fistuleuses qu'on ne pouvait détruire, circonstance qui m'a décidé à enlever le sein entier. Le grand pectoral était en parfait état; nulle part des fistules; suture, guérison par première intention, en quatorze jours.

A l'examen anatomo-pathologique, on trouve la glande traversée par du tissu conjonctif dur et dense, d'une épaisseur de 2 centimètres en certains endroits, qui est situé au milieu de la glande, et contient par place des granulations sanguines et des masses molles de couleur grise dans lesquelles se trouvent d'assez nombreux grains actinomycosiques, blanc jaunâtre. Quant aux conduits galactophores, ils sont normaux du côté externe et étouffés par le tissu conjonctif dans le reste de leur étendue. L'examen microscopique de la partie la moins atteinte montre les caractères d'une mastite intersticielle chronique. Plus on se rapproche des foyers actinomycosiques, plus la glande normale disparaît et se trouve remplacée par du tissu atteint de dégénérescence graisseuse au milieu duquel on trouve disséminés de petits îlots de tissus adipeux. Entre le tissu conjonctif et les granulations, on ne voit nulle part une transition brusque; on voit plutôt des traînées étroites de tissu conjonctif se propageant jusque dans les granulations riches en pigments sanguins et de sang en nature. Peu de tissu graisseux dans les granulations; en faisant des coupes sur la surface, on trouve des petits

trous ronds, restés après la chute des petits corpuscules blancs. Ces petits corpuscules ramassés dans un verre à montre et regardés de près ont l'aspect du tissu actinomycosique. Dans les autres coupes, on trouve des traces d'actinomycose.

Après onze mots, pas de récurrence, état général bon.

*Nota*¹. — Depuis les recherches de J. Israël sur la localisation dentaire de l'actinomycose, notre attention, chez notre malade, fut attirée par une affection dentaire à laquelle nous n'avions pas donné grande importance au commencement.

La malade avait, depuis neuf ans, une inflammation dentaire chronique, avec rougeur des gencives, dans la région des incisives. Cette inflammation amena la dénudation des racines et l'ébranlement des dents, maladie qui resta très rebelle au traitement. A notre grand regret, nous n'avions pas aperçu, au début, cette affection; mais, plus tard, nous avons procédé à plusieurs reprises à l'examen microscopique des sécrétions et nous avons trouvé chaque fois, d'une façon constante : 1° dans l'enduit jaune du bord des gencives et les trois dents cariées du devant, une quantité de filaments mycéliens enchevêtrés, ainsi que dans la bouche; 2° à chaque grattage que nous faisons, entre la racine et la gencive, avec une spatule très fine, nous extrayons un certain nombre de petits corpuscules blancs, rarement bruns, et ressemblant beaucoup aux corpuscules actinomycosiques. Ces corpuscules, écrasés par la lamelle, donnaient de petites masses dont beaucoup avaient l'apparence de groupes d'actinomyces et d'une consistance plus dure, plus claire que le vrai actinomyces. Ces masses étaient composées de filaments ressemblant à des filaments actinomycosiques jetés en désordre, ou à forme radiée se terminant dichotomiquement.

Les corpuscules bruns, comme bien d'autres que nous avons rencontrés, donnaient des images ressemblant beaucoup aux

¹ Ces renseignements complémentaires sont extraits de l'article accompagnant l'observation.

vrais actinomyces : le mycélium était très visible; périphérie claire avec des filaments terminés dichotomiquement. Si nous n'avons pas désigné cette figure comme actinomyces vrai, nous l'avons fait seulement par rapport à la controverse existant entre l'actinomyces vrai et le pseudo-actinomyces.

OBSERVATION V

(W. Müller *Münchener, medicinische Wochenschrift*,
1894, p. 1027.)

A. M..., vingt-cinq ans, gouvernante, habite depuis douze ans en Belgique. Jusqu'à présent bien portante, dents en bon état. Elle a toujours vécu éloignée du bétail et des céréales. Jamais eu d'enfant. Au commencement de 1892, la malade a reçu, d'un enfant, un coup qui a porté sur le côté externe du sein gauche; depuis cette époque, le sein restait toujours sensible quand elle montait les escaliers et marchait vite.

Au commencement du mois de novembre 1892, se développa, avec grande douleur, une grosseur à l'endroit même où la malade avait reçu le coup. Trois semaines après, l'abcès fut ouvert par un médecin. La plaie, soignée par des cataplasmes de farine de lin, guérit en peu de temps; six semaines après, au même endroit, apparut une autre grosseur plus grande que la première. La deuxième grosseur s'ouvrit au milieu du mois de janvier 1893; mais ce qui en sortit, la malade ne put nous le préciser.

Depuis ce temps-là, resta en dehors du mamelon un petit orifice fistuleux. Le côté gauche de la poitrine restait un peu douloureux et dur; pour cette cause, la malade vint se faire soigner à Louise-Hôpital. A son admission elle avait l'aspect suivant : figure un peu pâle; le sein gauche dans son côté externe, dur et épaissi; mamelon un peu plus bas que du côté droit, mais non rétracté. Un demi-centimètre en dehors du mamelon un petit orifice fistuleux.

La peau qui entoure cette fistule est dure et de couleur brune. En pressant le sein, il sort à peine une petite goutte de pus sanieux.

La fistule conduit dans le tissu de la glande mammaire et paraît être une fistule borgne. La malade, affirmant qu'elle toussait assez souvent, fut examinée minutieusement et on ne découvrit aucun signe de tuberculose pulmonaire. Le diagnostic hésitait entre une fistule tuberculeuse et une simple mastite chronique avec abcès. Le 11 novembre 1893, la malade fut opérée ; après avoir ouvert la fistule on poursuivit les ramifications. Les granulations n'avaient pas l'aspect tuberculeux : elles saignaient beaucoup ; ne pouvant les enlever par le grattage, on fut obligé de les exciser.

La fistule menait du côté latéral du tissu mammaire, dont les parties périphériques étaient transformées en un tissu dur aboutissant à un foyer gros comme la moitié d'une noisette et, de là, jusque sous la peau. Grattage, excision du tissu malade, tamponnement de la plaie par de la gaze iodoformée ; guérison en trois semaines, sauf de l'orifice de la fistule.

Malgré que l'orifice fistuleux sécrétait très peu, il fut rebelle à tout traitement.

Nouvelle incision avec grattage qui amena la guérison sept mois après. Dans les parties excisées, on chercha de nouveau la tuberculose.

*Nota*¹. — L'idée du diagnostic d'actinomycose ne nous est venue qu'après avoir observé la malade précédente. Malgré les recherches dans les sécrétions à chaque changement de pansement, nous n'avons pu trouver des actinomyces. La fistule rebelle à tout traitement, le tissu conjonctif dur, les granulations saignant beaucoup, et la difficulté de les enlever par le grattage nous obligèrent à accepter le diagnostic d'actinomycose. Un peu

¹ Ces renseignements complémentaires sont extraits de l'article accompagnant l'observation.

plus tard seulement, nous avons examiné microscopiquement les parties enlevées par la première intervention, et c'est dans ces parties-là que nous avons trouvé des grains actinomycosiques. La malade se portait bien un an après l'opération ; la guérison s'était maintenue, mais elle toussait seulement de temps à autre le matin. Elle a repris depuis longtemps son service.

B. Actinomycose mammaire secondaire.

Le plus grand nombre de nos observations sont des cas où l'affection actinomycosique a débuté dans un autre organe et s'est propagé secondairement à la glande mammaire.

Ordinairement c'est une actinomycose pulmonaire qui se propage à la mamelle. Pourtant nous avons trouvé deux cas où, dans le premier, la lésion mammaire est due à la propagation d'une actinomycose périnéphrétique, et dans l'autre, à la propagation d'une actinomycose mastoïdienne.

1° Actinomycose mammaire secondaire due à la propagation d'une actinomycose pulmonaire.

OBSERVATION VI

(Snow, *British med. Journal*, 1891, citée par Guermonprez et Becue.)

M^{me} A. B., trente ans, entrée à l'hôpital le 17 juin 1890, femme d'un colporteur, eut à subir beaucoup de privations et de mauvais traitements. En novembre dernier, une grosseur serait

apparue au sein droit, se serait ensuite ramollie et ouverte. A son entrée à l'hôpital, le sein droit était ferme et fixé aux parois thoraciques; au côté interne du mamelon, la peau était rouge et on sentait de la fluctuation. Sous l'omoplate droite existait une tuméfaction diffuse, avec tension, sensibilité à la pression, mais sans rougeur; les vibrations vocales et le murmure vésiculaire étaient fort affaiblis à ce niveau et dans toute la région voisine. A la partie supérieure de ce même poumon droit, on pouvait entendre les râles humides; la malade toussait depuis un mois environ; la température était un peu au-dessus de la moyenne, le soir principalement; il y avait en outre des sueurs nocturnes profuses. Le 19 juin une incision est faite sur le point le plus fluctuant du sein, et il sort une grande quantité de pus. Le 8 juillet, on anesthésie la malade et on explore à fond l'organe. On trouve une cavité remplie de matière en grumeaux, de sang coagulé et un peu de pus; après grattage de l'abcès, on lave la cavité avec une solution de chlorure de zinc. Le 22 juillet, on trouve un autre orifice à la partie inférieure du sein; on l'ouvre sur une sonde cannelée, et on découvre qu'il mène à une petite cavité située à la jonction du sternum et du sixième cartilage costal. La tumeur du dos est ponctionnée avec une seringue de Pravaz; mais on ne retire rien, jusqu'à une époque un peu plus éloignée: alors on retire un peu de matière granuleuse en faisant une nouvelle incision.

A partir de ce moment jusqu'à la mort de la malade, qui arriva en février 1891, les diverses particularités du cas peuvent se résumer ainsi: malgré le traitement (les incisions du sein) celui-ci ne se cicatrisait pas; l'orifice restait fistuleux, et le tissu cicatriciel prenait une apparence de chéloïde. Quelques petits abcès continuèrent à se former; et, qu'ils s'ouvrissent spontanément ou qu'on les incisât, il s'en écoulait une très petite quantité de pus épais. C'était évidemment de la tuberculose, car les bacilles étaient nombreux dans les crachats.

Une tension considérable à la pression existait au niveau du sternum, ainsi que dans tout le côté droit du thorax, en arrière comme en avant. La malade accusait constamment de la douleur

du même côté. A la fin, la voix se perdit, mais on ne découvrit aucune lésion du larynx à part une congestion des cordes vocales. Le foie débordait les fausses côtes jusqu'à l'ombilic. A part sa faible quantité, le pus évacué ne présentait rien d'anormal à considérer. Quand la malade entra à l'hôpital, on avait soupçonné une tumeur maligne; puis après, l'extrême sensibilité à la pression sur les parois thoraciques fit penser un instant à une périostite syphilitique rongéant le sternum et les côtes. La douleur et l'hyperesthésie étaient évidemment incompatibles avec le diagnostic de tuberculose pure, et un trait non moins saillant, dans ce cas embarrassant fut l'apparition, en septembre, d'un bruit systolique bien frappé, très nettement entendu au-dessus du troisième cartilage costal droit, et depuis lors perçu sur une étendue de 2 pouces environ au-dessus et au-dessous, et non suivi de pulsation. Un autre bruit (ou peut-être le même) fut aussi perceptible en un point localisé du dos, à moitié de la distance entre l'angle inférieur de l'omoplate et l'épine de la neuvième vertèbre dorsale.

A l'autopsie, on trouva le poumon droit si complètement adhérent avec les parois, qu'il fallut l'enlever en bloc avec les côtes et la clavicule restées adhérentes. Par devant, plusieurs fistules mettaient en communication la mamelle avec le parenchyme pulmonaire; l'une d'elles avait perforé une côte. La plèvre était partout épaissie; à la base, une large bande de tissu jaunâtre, d'aspect inflammatoire, se continuant avec la plèvre, passait à travers le diaphragme jusqu'à la surface inférieure du lobe droit du foie, formant une masse d'un volume considérable sur la section transversale. Cette nouvelle tumeur était divisée en plusieurs petites poches contenant du sang et du pus granuleux; une de celles-ci communiquait avec le lobe inférieur du poumon. De pareilles cavités, mais avec d'abondants noyaux tuberculeux, furent trouvées dans le parenchyme pulmonaire. Le poumon gauche était criblé de tubercules miliaires; les ganglions bronchiques étaient hypertrophiés et pigmentés. Le foie était volumineux, il était fortement coloré, de consistance ferme et ne contenait aucun tubercule; dans le lobe droit se trouvait

une tumeur ronde, de 3 pouces de diamètre, dont la couleur et la consistance étaient les mêmes que celles de la tumeur pleurale. Un peu de liquide ascétique fut constaté. Les autres organes n'offraient rien de particulier. A l'examen microscopique, outre de tubercules en abondance, M Cecil Beadles découvrit les figures caractéristiques de l'actinomyose dans le parenchyme pulmonaire et dans le tissu jaune de nouvelle formation.

OBSERVATION VII

(Dr Alexandre Szénasy à Buda-Pesth, *Centralblatt für Chirurgie*, 1886, p. 705.)

Le premier cas d'actinomyose des poumons sur l'homme fut constaté en Hongrie le 1^{er} juillet de l'année 1886 à l'Universitäts Klinik de Buda-Pest. Le 15 août, la femme d'un boucher, âgée de trente ans, venait se faire soigner pour une maladie dont elle avait ressenti les premiers effets il y avait déjà neuf ans, mais qui, dans les derniers mois avait pris une telle violence qu'il lui fallait l'appui de son mari pour faire seulement quelques pas. Depuis neuf ans elle a ressenti, à ce qu'elle a prétendu, le plus souvent des douleurs dans la poitrine. Elle se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la poitrine et d'une forte toux. La toux, qui dure seulement depuis deux mois, a commencé, ainsi qu'elle l'a déclaré au médecin, en même temps qu'une inflammation de la poitrine qui la contraignit à garder le lit.

L'état est le suivant : la malade est maigre ; la peau et les muqueuses visibles sont blêmes.

La langue est humide. Toutes les dents sont cariées. Sous le sein droit se trouve une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf, que recouvre une peau un peu douloureuse et chaude, mais d'une coloration normale.

A côté de cette tumeur, dans l'espace compris entre les 4^e et 5^e côtes, s'en trouve une autre, grosse de presque le double de la première, un peu allongée et consistante; les contours sont effacés et la peau est normalement colorée. Si l'on touche la malade à cet endroit, elle éprouve de violentes douleurs; cette dernière tumeur a commencé par une enflure, il y a déjà neuf ans, tandis que la première doit s'être produite seulement depuis six semaines. Le pourtour du thorax mesure, au niveau des tumeurs, 46 centimètres pour la moitié droite et 38 centimètres pour la gauche.

L'auscultation fit constater sur le poulmon droit, en arrière de l'espace intercostal compris entre les côtes 4 et 5, des râles muqueux. Le poulmon gauche ne présente aucun changement. En toussant, la malade rejette des fausses membranes dures et jaunâtres.

La température du corps est de 38°4. Dans l'urine, on trouve de l'albumine en grande quantité. La malade se trouvant accidentellement à l'hôpital, on pratique aussitôt la ponction de la tumeur fluctuante située au-dessous du sein droit, il sortit 150 grammes d'un pus épais et jaunâtre dans lequel on pouvait reconnaître à l'œil nu des colonies d'actinomyces variant de la grosseur de grains de sable à celle de grains de millet. L'observation microscopique constata la même chose, de même que dans les débris de fausses membranes rejetées pendant la toux par la malade, il fut trouvé des espèces de petits champignons caractéristiques.

Après la ponction, on injecta 25 grammes de glycérine iodoformée dans l'orifice de l'abcès; cependant, il se remplit vite, dut être de nouveau rouvert et vidé. La toux devint plus faible, les glaires moins considérables et les grains d'actinomyces qu'ils renfermaient apparurent plus clairsemés. La malade se trouve encore, maintenant en traitement, et ce traitement a pour but l'évacuation de granulations actinomycosiques.

Dans ce cas, nous sommes en présence d'une actinomycose qui, comme les crachats nous le montrent, a fait sa première apparition dans le poulmon et qui enfin s'est vidée au dehors par

un abcès. Les circonstances jettent quelque lumière sur la genèse du mal, la malade étant la femme d'un boucher et ayant les dents cariées. Nous ne sommes pas à même de déterminer exactement l'époque du début de la maladie, car, que la maladie ait évolué pendant neuf ans, cela est bien peu probable.

OBSERVATION VIII (Hanau) résumée.

(A. Illich, Dessert;., *Wien*, 1892, p. 92).

C. R..., ménagère trente-neuf ans. Diagnostic clinique suivant : phtisie pulmonaire gauche avec carie costale; abcès dans le creux axillaire gauche qui se propage dans le sein gauche avec fistules. Toux et expectoration depuis des années. Température le plus souvent normale, excepté le soir où quelquefois elle montait à 38°5. A l'autopsie, on a trouvé dans le lobe supérieur du poumon gauche : une cirrhose actinomycosique bien avancée avec du tissu dur, calleux et parcouru par du tissu cicatriciel; un épaissement lardacé de la plèvre environnante; des cavernes remplies de pus dans la partie antérieure et latérale. Les côtes se trouvant au-dessous sont dénudées et rugueuses, les dents cariées.

OBSERVATION IX (Adler), résumée.

(A. Illich, Dessert., *Wien*, 1892, p. 90).

La malade, âgée de cinquante et un ans, est la femme d'un ouvrier en brosses. Il y a cinq mois, elle toussait et expectorait; deux mois après, apparut une tumeur du côté droit de la poi-

trine. La peau autour de la tumeur était couleur lie de vin, un peu empâtée entre les deux seins ainsi que sur le sein droit et traversée par une douzaine de fistules sécrétant du pus, contenant des grains actinomycosiques. En examinant le côté droit de la poitrine, nous constatons un affaiblissement de la respiration, ainsi qu'une immobilité thoracique. Les crachats, semblables à des pelotes de fil blanc, contenaient des grains actinomycosiques en grande quantité.

A l'autopsie, on a trouvé dans le lobe inférieur du poumon droit, ainsi que dans le médiastin antérieur, des lésions actinomycosiques se propageant jusqu'au bord antérieur du poumon gauche. Le tissu du médiastin antérieur d'une couleur laiteuse et épaisse est creusé par de petites alvéoles remplies de pus contenant des grains actinomycosiques.

OBSERVATION X (Weljaminow), résumée.

(A. Illich, Dessert., Wien, 1892. p. 101).

Malade soixante ans. Absès rétro-mammaire, bronchite chronique, expectoration fétide. A l'incision sortit une grande quantité de pus fétide et l'on trouva : une côte dénudée et rugueuse qu'on réséqua ; au-dessous de la côte, dans le poumon, un abcès gros comme une noisette rempli de pus, qu'on ouvrit, gratta, et tamponna.

OBSERVATION XI (résumée). (Sommer de Naples).

(Illich, Dessert., Wien, 1892).

Femme trente-huit ans. Apparition d'une bronchite. Six mois après, douleurs dans le côté droit de la poitrine. Pleurésie sèche,

plusieurs hémoptysies. Onze mois après le commencement des douleurs, formation d'un abcès sous la clavicule droite dans la région mammaire. Après l'ouverture de l'abcès, on voit un fond fongueux avec plusieurs fistules envahissant la partie antéro-supérieure du côté droit et se propageant jusqu'au milieu du sternum.

Morte vingt mois et demi après le début de la maladie. A l'autopsie, on trouve : le grand pectoral et les muscles intercostaux transformés en une masse gris jaunâtre ; le poumon droit est adhérent, en avant à la paroi thoracique et en bas au diaphragme.

Dans ces adhérences ainsi que dans le lobe inférieur, plusieurs foyers actinomycosiques ; on trouve aussi un petit foyer dans le lobe inférieur du poumon gauche. Les crachats ne sentent pas mauvais, sont bien épais, transparents et adhérents au crachoir, sauf quelques filets non transparents dans lesquels on trouve des grains actinomycosiques. Le sang lorsqu'il existe dans les crachats y est intimement mélangé.

OBSERVATION XII (résumée). (Duglas Powell).

(Illich, Dessert, Wien, 1892, p. 152).

Il s'agit d'une actinomycose pulmonaire.

Enfant de neuf ans, fils d'un journalier. Durée de la maladie : quatre mois. Toux légère et douloureuse. Il a eu un gonflement sous le mamelon droit ; déplacement du cœur ; matité complète des deux tiers du poumon droit. Les ganglions axillaires sont engorgés.

2° *Actinomycose mammaire secondaire due à la propagation d'une actinomycose périnéphrétique.*

OBSERVATION XIII

M. Charles Nélaton, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, publiée par M. le professeur Poncet (*Lyon médical*, n° 18, 6 mai 1900).

Actinomycose mammaire gauche survenue dans le cours d'un phlegmon actinomycosique pleuro-lombaire du même côté.

La nommée X, âgée de quarante-deux ans, est une fermière habitant un hameau (les Philipeaux) de la commune de Courtenay, Loiret.

Un jour du mois de septembre 1895, vers le 20, cette femme vint à moi à travers les champs, et me demanda ce qu'il fallait faire pour un point de côté persistant. J'entrai dans sa maison, l'examinai et, à mon grand étonnement, je trouvai chez cette femme, qui avait l'aspect de la santé et qui n'offrait aucun phénomène fébrile, une zone de matité pleurale gauche *absolue* remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. A l'auscultation on n'entendait point la respiration, mais on ne constatait aucun souffle. Je ne trouvai rien du côté des sommets.

Je donnai le conseil à cette femme de faire venir le médecin de Courtenay, le Dr Charmoy, et je lui déclarai qu'elle avait un épanchement pleurétique qu'il ne fallait pas négliger.

Je quittai la campagne le 1^{er} octobre et je n'entendis plus parler de cette malade jusqu'au 23 décembre de la même année.

A cette époque le Dr Charmoy m'écrivait qu'une complication était survenue.

Voici ce qui s'était passé : suivant mon conseil, la malade avait

été trouver le D^r Charmoy au mois de septembre; celui-ci lui avait appliqué un traitement en vue de combattre l'épanchement pleurétique.

Ce traitement n'avait guère modifié la matité de la base du thorax. Néanmoins après avoir gardé la chambre pendant quelques jours, la femme avait repris son travail.

Elle allait, venait à travers champs, et vaquait à toutes ses occupations.

Octobre et novembre s'écoulèrent ainsi; mais au commencement de décembre la malade fut prise de douleurs vives dans la région lombaire, puis les signes d'un véritable phlegmon lombaire périnéphrétique se développèrent, et c'est pour me demander de venir l'ouvrir que le D^r Charmoy m'écrivait le 23 décembre.

J'allai là-bas, et le 25, jour de Noël, j'examinai la malade avec les D^{rs} Charmoy et Sambry. A tous trois il nous parut évident qu'il y avait une grosse collection périnéphrétique, et que le début de cette collection remontait vraisemblablement au mois de septembre et avait été la cause de l'épanchement constaté alors, et persistant encore. En conséquence, la malade étant anesthésiée, et tout étant disposé aussi proprement que possible dans une chambre de ferme où nous étions, je fis une incision sur la tuméfaction lombaire chaude, rouge et fluctuante que j'avais sous les yeux. Je ne rencontrai pas un grand foyer purulent, mais je trouvai plusieurs foyers, quatre seulement contenant la valeur d'une demi-cuillerée à bouche d'un pus crémeux mêlé à de fausses membranes.

Il n'y avait pas de foyer nettement limité et le pus s'étendait dans les interstices musculaires. Ces foyers étaient relativement superficiels dans la couche musculaire de la région lombaire. Je les vidai, les curettai; l'incision fut bourrée de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent simples et la malade cicatrisa assez rapidement la plus grande étendue de sa plaie. Mais il resta deux grands trajets fistuleux livrant continuellement passage à du pus.

Au mois de janvier 1896, la malade recommença à souffrir, les trajets fistuleux donnaient toujours du pus, les forces diminuaient. Il fut décidé que la malade viendrait à Saint-Louis, et que je ferais le nécessaire. Dans mon esprit, je n'avais pas vidé le foyer principal, je pensais qu'il existait une collection périnéphrétique que je n'avais pas atteinte et que c'étaient les diverticules que j'avais ouverts.

La malade entra donc dans mon service, pavillon Jamain, lit n° 6, le 26 janvier 1896. A ce moment, voici quel était son état : l'aspect général est celui d'une femme malade depuis longtemps. Elle est amaigrie. Son teint est jaune, sa démarche pénible. Elle se plaint de douleurs constantes dans le flanc gauche empêchant la marche, les mouvements. Depuis l'incision, la température oscille entre 37° et 38°8. De temps à autre la malade tousse.

L'appétit est diminué.

A l'inspection, on trouve dans la région lombaire la cicatrice de la plaie que je lui ai faite au mois de décembre avec deux trajets fistuleux qui livrent passage à du pus. Le trajet supérieur permet l'introduction du stylet dans presque toute sa longueur ; il s'engage sous les fausses côtes et remonte vers la région thoracique. Nulle part on ne sent le contact avec un os dénudé.

Du côté de la plèvre, submatité dans le tiers inférieur du thorax, mais il n'y a pas de souffle, pas d'égophonie, et on entend partout la respiration affaiblie. Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

La région lombaire, sur laquelle reposent la cicatrice et les trajets fistuleux, est indurée, ligneuse, mais nulle part on n'y trouve de fluctuation. L'examen des urines n'y révèle rien d'anormal.

Pensant qu'il existait profondément dans la région rénale un foyer que je n'avais pas atteint lors de ma première incision, je réopérai cette femme le 4 février 1896. Par une large incision, je débridai les trajets fistuleux, je les suivis jusqu'à leur terminaison et réséquai ainsi les 2 dernières côtes dans une étendue de 4 centimètres environ ; profondément, je m'avançai dans les couches musculaires de la région lombaire, jusqu'au péritoine

que j'ouvris et je constatai qu'il était sain; il fut aussitôt fermé par une suture en bourse au catgut. Cette large incision me permit de découvrir, outre les trajets fistuleux revêtus d'une couche fongueuse, une série de huit ou dix petits foyers purulents, fongueux, de la grosseur de noyaux de cerise ou de prune, disséminés dans la masse musculaire.

Tous furent soigneusement vidés, curetés, et la plaie, laissée béante, fut bourrée de gaze imbibée de naphtol camphré.

Les suites immédiates furent très simples. Pendant les huit premiers jours, la malade ne présenta aucune élévation de température et se sentit soulagée.

Mais, le douzième jour, la température monta à 39°2, et les jours suivants, pendant trois semaines elle oscilla, entre 38° et 39°5. En même temps, la plaie se recouvrit, surtout dans la moitié inférieure, d'un exsudat d'aspect diphtéroïde. Le pus sécrété était peu abondant; l'aspect de la plaie était mauvais. Cette fausse membrane lui donnait une coloration gris sale. A trois reprises différentes, en un mois, je curetai ces fausses membranes pour badigeonner la plaie ensuite avec la teinture d'iode pure.

Toutes les fois, j'obtenais une diminution de quelques dixièmes de la température, mais au bout de six à sept jours les fausses membranes se reproduisaient. En même temps, je crus me trouver bien de l'administration de 75 centigrammes de sulfate de quinine pendant sept jours. Au bout de ce temps, j'interrompais le sulfate de quinine pour le reprendre.

Jamais l'ingestion d'un gramme d'iodure de potassium ne me donna aucun résultat.

Au bout de la semaine de ce traitement, la plaie fut sensiblement améliorée; elle commença à se cicatriser, mais lentement et en conservant toujours à sa partie inférieure un point diphtéroïde.

Ce point touché tous les deux jours à la teinture d'iode diminue progressivement et, au bout de trois mois, était réduit à un orifice fistuleux insignifiant; par cet orifice, on pénétrait à une profondeur de 3 centimètres.

Pendant ce temps, l'état général de la malade était devenu excellent; elle avait notablement engraisé. Son aspect était par-

fait; elle se levait, marchait, et se serait considérée comme guérie définitivement si le trajet fistuleux n'avait point persisté.

Je la renvoyai chez elle en bon état, le 24 mai 1896 lui conseillant de continuer chaque semaine des injections de teinture d'iode dans le trajet fistuleux, et de prendre de temps en temps de l'iode de potassium.

C'est qu'en effet, dès ma deuxième intervention, lorsque je n'avais pas trouvé de foyer profond périrénal, j'avais été frappé de l'aspect de ces petites géodes fongueuses, disséminées dans les masses musculaires de la région lombaire. J'avais recueilli le pus, les parois même des foyers et je les avais confiés à M. Gastou pour en faire l'examen bactériologique, me demandant *s'il ne s'agissait pas là d'actinomycose*. De même, lorsque la plaie prit cet aspect diphtéroïde, je fis des raclages, et toutes les fois je demandai à M. Gastou de faire des examens très soignés. Il le fit toutes les fois et me déclara que rien ne l'autorisait à porter le diagnostic d'actinomycose, qu'il ne trouvait dans ce pus que des grégarines.

Cependant, notre femme étant rentrée dans sa ferme y reprit son existence active (fig 1). Tout en conservant son trajet fistuleux, elle n'était *pas arrêtée*, et, depuis juillet 1896 jusqu'au mois de novembre 1899, elle n'eut en somme aucun accident sérieux.

Au mois de novembre dernier, le Dr Charmoy m'écrivit que des phénomènes nouveaux venaient de se montrer.

Depuis six mois, me disait ce médecin, la malade est atteinte d'une tumeur au sein gauche, qui envahit non seulement le sein, mais la région mammaire; elle est dure, lipeuse et offre tous les caractères d'un squirrhe.

La malade se refusant à venir à Paris, il me disait ne pas devoir insister, parce que, disait-il, le succès de l'intervention lui paraissait trop précaire.

Un mois plus tard, nouvelle lettre du Dr Charmoy, la tumeur s'était ramollie, était devenue fluctuante; il l'avait vidée, et *le pus qui s'était écoulé contenait de nombreux actinomyces* (vu et examiné par M. Lutel); le Dr Charmoy lui expédia plusieurs lames entre lesquelles les grains d'actinomycose étaient faciles à voir et à constater.



FIG. 1.



FIG. 2.

Le Dr Charmoy a bien voulu me confirmer, par lettre du 5 avril dernier, ces renseignements intéressants.

Il m'envoyait, en même temps que des détails complémentaires, les deux photographies ci-jointes que nous sommes très heureux de reproduire (A. Poncet).

Il s'exprimait ainsi: « L'état de M^{me} X... est très satisfaisant jusqu'au mois de mars 1899.

« A cette époque, perte de l'appétit et des forces, douleurs sourdes dans la poitrine en haut sous la clavicule. Tuméfaction diffuse.

« Mai 1899. — Cette tuméfaction n'est pas toujours limitée; ses couleurs se confondent avec les reliefs voisins; d'ailleurs, elle est mobile et descend vers le sein. Celui-ci devient dur à son tour, il est soulevé en masse, tendu, douloureux: Son volume a notablement augmenté.

« Peu peu, on ne peut lui imprimer aucun mouvement. Il est appliqué sur la paroi costale, on dirait du squirrhe en cuirasse. La peau à son niveau prend l'aspect de la peau d'orange. L'induration ligneuse gagne le creux axillaire où le gonflement mammaire se termine sous forme d'un bourrelet rigide. Bras collé au tronc; mouvements d'abduction limités.

« Douleurs violentes, pas de fièvre, pas de ganglions axillaires qui ont, du reste, toujours fait défaut.

« Au mois de juin, on ne trouve pas de fluctuations; néanmoins la partie inférieure du sein devient violacée et une énorme collection s'ouvre dans le pli sous-mammaire, près de l'aisselle, par sept ou huit petits trous.

« Ce n'est qu'après que sont survenues les ulcérations sous-mammaires, de haut en bas; la dernière siège au bas du sein et en dedans (fig. 2).

« A ce moment, et jusqu'en novembre 1899, l'état général de la malade laisse beaucoup à désirer, les traits sont tirés; elle est pâle, amaigrie. Elle eut, pendant quelques mois, des périodes d'aggravation et d'amélioration qui s'expliquaient par la rétention des produits inflammatoires et par leur libre écoulement par les diverses fistules.

« L'examen du pus, pratiqué par MM. Charmoy et Lucet avait à maintes reprises démontré la nature actinomycosique des lésions, qui ne peuvent pas être influencées par les divers traitements employés, y compris l'iodure à haute dose, et la levure de bière essayée inutilement pendant deux mois.

Aujourd'hui, 3 avril, M^{me} X..., que je n'avais pas revue depuis deux mois, se présente à mon examen. Elle est dans un état de santé que je qualifierai presque de florissant; elle a pris de l'embonpoint, elle pèse 67 kilogrammes. Son appétit est excellent et toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent avec régularité. Elle ne souffre pas et détache aisément le bras du tronc, le long duquel il a été si longtemps soudé, d'ailleurs, plus de la moitié des ulcérations sont cicatrisées, ou du moins le paraissent, et il n'y a guère que les plaies sous-mammaires qui donnent du pus. Mais c'est là une apparence trompeuse, et la malade le sait. Tous les quinze ou vingt jours, une nouvelle poussée inflammatoire avec suppuration abondante et décharge par tous les orifices cutanés, puis succède une accalmie.

M^{me} X... vaque aux occupations du ménage, soigne les bestiaux, va au marché, etc.; elle a repris, en un mot, sa vie d'autrefois.

La fistule dorsale est presque tarie, mais elle a aussi des réveils étonnants. On trouve alors une à deux cuillerées à bouche de pus dans les pansements.

Quant aux grains jaunes dont la nature avait été soupçonnée, ils ont été, à maintes reprises, reconnus comme étant actinomycosiques par M. Lucet, dont la compétence est bien connue.

On les retrouve encore actuellement, mais en moins grand nombre et seulement lorsque l'écoulement par les fistules est un peu abondant.

3^o *Actinomyose mammaire secondaire*
due à la propagation d'une actinomyose mastoïdienne.

OBSERVATION XIV (résumée). (Majocchi.)

(Illich, Dissert., Wien, 1892, p. 133).

M^{me} D... E., vingt-six ans, une sorte de furoncle sur l'apophyse mastoïde gauche; dans le pus on trouve des grains actinomycosiques. Fièvre 40°5.

Morte en six jours. Fusée purulente le long de la jugulaire interne jusqu'au sein. Absès métastatiques dans le foie et les reins.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous empruntons à M. W. Müller, le seul auteur ayant fait l'examen anatomo-pathologique du sein enlevé chez sa première malade, les détails suivants : « La glande est traversée par du tissu conjonctif dur et dense, d'une épaisseur de 2 centimètres en certains endroits, situé au milieu de la glande, et contient, par place, des granulations sanguines et des masses molles de couleur grise dans lesquelles se trouvent d'assez nombreux grains actinomycosiques de couleur blanc jaunâtre. Quant aux conduits galactophores, ils sont normaux du côté externe et étouffés par le tissu conjonctif dans le reste de leur étendue.

L'examen microscopique de la partie la moins atteinte montre les caractères d'une mastite interstitielle chronique. Plus on se rapproche des foyers actinomycosiques, plus la structure normale de la glande disparaît et se trouve remplacée par du tissu atteint de dégénérescence graisseuse; çà et là, on trouve disséminés de petits lobules adipeux. Entre le tissu conjonctif et les granulations on ne voit presque nulle part une transition brusque; on voit plutôt des traînées étroites de tissu conjonctif se propageant jusque dans ces dernières

qui sont riches en pigment sanguin et en sang en nature.

Peu de tissu graisseux dans les granulations.

Macroscopiquement, sur la surface de section, on trouve de petits trous ronds, restés après la chute de petits corpuscules blancs. Les petits corpuscules ramassés dans un verre de montre et regardés de près ont l'aspect de tissu actinomycosique.

Par conséquent, ce qui domine, c'est la sclérose du tissu glandulaire ; le sein, au voisinage des lésions, est transformé en un bloc fibreux ayant subi sur quelques points la dégénérescence graisseuse. Quant aux parois de la poche elle-même, elle sont recouvertes d'une membrane granuleuse, très adhérente aux plans sous-jacents, qu'on ne peut détacher à la curette.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'actinomycose, dans ses localisations mammaires primitives, présente souvent la symptomatologie de tuberculose, de la syphilis tertiaire ou d'une tumeur maligne, évoluant au niveau du sein. Ce qui frappe le malade comme le médecin, c'est l'apparition d'une tumeur dure, oblongue, située dans la glande mammaire.

Au début, peu sensible à la pression, cette tumeur devient rapidement indurée et peut atteindre la grosseur d'un abricot (Müller) ou même d'un gros œuf (Ammentrop), inséparable de la glande. La peau devient en peu de temps adhérente, tendue, d'abord sans changement de coloration ; mais elle rougit à mesure que la lésion l'envahit davantage. Pendant longtemps la tumeur reste libre sur le grand pectoral. Les ganglions axillaires sont tantôt sains, tantôt engorgés (Ammentrop), mais cet engorgement est dû à une infection secondaire et non à l'envahissement actinomycosique. Bientôt apparaissent sur le sein des signes manifestes d'inflammation ; la peau est rouge, chaude, douloureuse, se laisse perforer, et il en sort du pus actinomycosique avec ses grains caractéristiques.

Il en résulte une fistule chronique, ressemblant à celles qu'on rencontre dans la mammite tuberculeuse, n'ayant aucune tendance à la guérison et donnant issue à une petite quantité de pus mêlé quelquefois à du sang. De nouveaux trajets s'ouvrent sur d'autres points à mesure que le mal s'étend.

Si l'on essaye de gratter les trajets fistuleux, on rencontre une certaine résistance due au développement du tissu fibreux.

CHAPITRE V

MARCHE, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

La marche de l'actinomycose mammaire est envahissante; le plus souvent en deux ou trois mois, la tumeur est arrivée à la période des fistules. Dans certains cas, l'évolution est plus lente. Elle gagne surtout vers l'extérieur. Lorsque le début s'est fait dans la glande, est-ce que la propagation peut se faire à la paroi thoracique et au poumon? Nous pouvons le supposer, mais nous n'avons pas d'observations le démontrant.

Le diagnostic, toujours très difficile, n'a jamais été fait avant que l'issue du pus n'ait montré les grains jaunes actinomycosiques (à moins que le malade n'ait eu déjà ailleurs des lésions semblables donnant la signature de l'affection) — sauf dans le deuxième cas de W. Müller. Voilà comment il s'exprime : « L'idée de diagnostic d'actinomycose ne m'est venue qu'après avoir observé la malade précédente. Malgré les recherches dans les sécrétions, à chaque changement et pansement, je ne pus trouver des actinomycètes.

La fistule, rebelle à tout traitement, le tissu conjonctif dur, les granulations saignant beaucoup et la difficulté de les enlever par le grattage nous ont obligé à accepter le diagnostic d'actinomycose. » Par consé-

quent, le développement exagéré du tissu conjonctif dans la tumeur, le grattage plus difficile des granulations de la poche et l'hémorragie assez notable qui accompagne ce curettage sont trois bons signes qui feront rechercher les actinomyces dans le pus ou les produits du grattage. Et si on ne constate pas tout de suite les grains jaunes, il ne faudra pas conclure que nous ne sommes pas en présence d'une actinomycose, car souvent ces recherches seront infructueuses, et ce ne sera qu'après plusieurs examens qu'on arrivera à les découvrir. Dans l'observation Marc-Arthur, à l'examen microscopique, sur un morceau enlevé à la tumeur on n'a constaté que du tissu sain; c'est plus tard seulement, qu'on a découvert des actinomyces dans le pus. Dans la deuxième observation de W. Müller, il n'avait rien trouvé dans les sécrétions et n'a découvert les actinomyces, qu'après avoir examiné sous le microscope les parties enlevées. Dans le cas de M. Nélaton, le premier examen de sécrétion n'avait rien révélé et c'est seulement plus tard, lorsque le Dr Charmoy examina de nouveau les sécrétions qu'il découvrit avec le Dr Lucet les grains actinomycosiques.

A la période de suppuration, la confusion peut se faire avec la tuberculose ou la syphilis tertiaire. Si c'est une actinomycose pulmonaire, prise pour une tuberculose, propagée à la glande mammaire, la méprise est fatale, et on songe tout de suite à une tuberculose. Ce n'est qu'en fouillant avec soin les antécédents qu'on éliminera ce diagnostic. La douleur plus précoce et plus vive est en faveur de l'actinomycose.

Lorsque la tumeur est adhérente à la peau, on la confondra avec le cancer, car elle fait corps avec la glande, le mamelon souvent est rétracté et les ganglions axillaires peuvent être engorgés ; il faut bien noter d'ailleurs, que cette adénopathie n'est jamais due à l'actinomyces lui-même, mais à des infections secondaires.

Ajoutons encore que les douleurs, l'évolution rapide et les noyaux secondaires, plus ou moins éloignés, aideront encore à l'erreur. Snow avait cru à une tumeur maligne. La lésion s'était développée en sept mois et la glande mammaire indurée était adhérente au thorax ; il y avait un noyau secondaire dans l'omoplate. A l'autopsie, il reconnut un foyer d'actinomycose pulmonaire primitif ayant envahi la mamelle.

Ammentrop extirpa la glande et les ganglions axillaires, parce qu'il avait porté le diagnostic de carcinome.

La confusion avec une mastite sera d'autant plus facile que, parfois, le traumatisme précède les premières manifestations, comme chez une des malades de Müller.

Après l'ouverture spontanée, les trajets fistuleux pourront être rapportés à la tuberculose, d'autant plus que, même en faisant l'examen microscopique du pus, souvent on ne découvre pas les actinomyces.

Enfin, le diagnostic établi, on se demandera si la localisation mammaire est primitive, si elle n'est pas due à la propagation d'une lésion pulmonaire semblable, ou encore s'il n'existe pas, du côté des dents surtout, une infection de nature plus ou moins latente, ainsi que l'a observé Müller.

Le pronostic d'actinomycose mammaire primitive

est moins grave, que dans le cas d'actinomyose propagée par le poumon. Bien que l'actinomyose soit une maladie grave, rapidement infectante, un traitement énergique peut arrêter son évolution. Du reste, sur nos 5 cas d'actinomyose mammaire primitive nous comptons 5 guérisons.

Au contraire, sur 9 observations d'actinomyose mammaire secondaire nous comptons 5 morts et 4 cas dont la terminaison nous est restée inconnue.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

L'iodure de potassium vanté contre l'actinomycose ne l'a pas toujours enrayée au sein. La malade de Mac-Arthur avait pris ce médicament à haute dose sans résultat.

Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Dès que l'on a diagnostiqué l'actinomycose mammaire, il ne faut pas perdre de temps avec le traitement médical et se décider à une intervention sanglante.

Enlèvera-t-on seulement la tumeur en empiétant les limites du mal ou bien sacrifiera-t-on la glande entière? Cette dernière opération préconisée par W. Müller est rationnelle, car l'actinomycose rayonne dans tous les sens et le mal est toujours plus étendu qu'on ne l'avait pensé. D'ailleurs, ne voit-t-on pas souvent une intervention moins radicale suivie de récurrence? Aussi croyons-nous légitime l'amputation du sein. On pourra se dispenser de toucher aux ganglions de l'aisselle dont l'engorgement paraît être d'origine inflammatoire.

Mais si la lésion paraît limitée, il suffira d'une intervention moins radicale, à condition d'enlever tous

les tissus suspects, d'en dépasser largement les limites et de couper en plein dans la glande saine.

Comme Mac-Arthur l'a fait, il sera indiqué de cautériser au thermocautère la plaie opératoire. Comme lui, on pansera la plaie à la gaze iodoformée, puisqu'il prétend que l'iodoforme empêche le développement de l'actinomyces. Après l'opération, on surveillera la malade et, à la moindre repullulation, on sera prêt à une nouvelle intervention, si la poussée nouvelle ne cède pas rapidement à des lavages phéniqués, aux badigeonnages de teinture d'iode et à l'iodoforme.

Dans les cas où on ne peut pas extirper le mal, comme par exemple dans l'actinomycose mammaire venant du poumon, on se contentera de l'iodure de potassium à l'intérieur, on s'efforcera de tarir la suppuration par la teinture d'iode, l'acide phénique, l'iodoforme, mais après avoir enlevé les parties malades susceptibles d'être atteintes.

CONCLUSIONS

I. L'actinomyose, maladie commune à l'homme et aux animaux, dans ses localisations mammaires, est très rare chez le premier, assez commune chez les derniers.

II. Chez les animaux, elle atteint ordinairement la vache et la truie, très fréquente en Danemark, assez rare en France.

III. Chez les animaux, l'infection se fait presque exclusivement par les canaux galactophores, opinion prouvée expérimentalement par John.

IV. Chez l'homme, on distingue : 1^o l'actinomyose mammaire primitive ; 2^o l'actinomyose mammaire secondaire.

L'actinomyose mammaire primitive est due, soit à la propagation de grains actinomycosiques aux canaux galactophores, soit à la pénétration de ces grains dans les tissus mammaires, par suite d'une solution de continuité de la peau, occasionnée par un traumatisme ou par une autre affection.

Nous avons pu réunir cinq observations d'actinomy-cose mammaire primitive.

L'actinomy-cose mammaire secondaire est due à la propagation d'une actinomy-cose localisée primitive-ment dans un autre organe (plus fréquemment dans le poumon).

Nos observations d'actinomy-cose mammaire secon-daïre sont au nombre de 9, y compris l'observation de MM. Nélaton-Poncet, qui a été le point de départ de notre thèse.

V. L'actinomy-cose mammaire est difficile à diagnosti-quer et peut simuler une mastite interstitielle, une tuberculose mammaire ou un cancer du sein ou bien encore une localisation tertiaire de la syphilis.

VI. L'actinomy-cose mammaire soupçonnée, pour établir le diagnostic, il faudra faire l'examen micro-scopique du pus ou d'un morceau pris à la tumeur, au besoin plusieurs fois, si au premier examen on ne découvre rien.

VII. Le pronostic, plus bénin dans le cas d'actino-mycose mammaire primitive, devient plus grave dans l'actinomy-cose mammaire secondaire, et fatal lorsque l'infection primitive a atteint un organe important comme le poumon.

VIII. Le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical. Dès qu'on a posé le diagnostic, il faut en-lever le foyer morbide, gratter et cautériser les tissus suspects jusqu'à ce qu'on soit certain d'avoir enlevé tout le tissu malade.

IX. Dans les cas où le traitement chirurgical ne peut pas être appliqué, on se contentera de gratter les fistules et de les badigeonner avec de la teinture d'iode ou avec une solution phéniquée forte ; on peut donner l'iodure de potassium à l'intérieur.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
A. PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 décembre 1900.

Pour le Recteur et par délégation.

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
E. CAILLEMER.

BIBLIOGRAPHIE

- AMMENTROP (L.), Centralblatt für Chirurgie, n° 44, p. 1074, 1894.
— Om Actinomycose iagttagelser par kommune hospitalet
(Bibliothék mag. for. Lagevid. vol. IV, cahier 6,
Kopenhag).
- BÉCUE, De l'actinomycose (thèse de Paris, 1892).
- BÉRARD (L.), De l'actinomycose humaine (Revue générale,
Gazette des hôpitaux, février et mars 1896).
- BILLROTH, Tuberculin. Behandlung bei Actinomycose (Wiener
med. Wochenschrift, n° 10, 1891).
- CHOUX, Etude clinique et thérapeutique de l'actinomycose
(Archives générales de méd., 1895).
- DENTU et DELBET, Traité de chirurgie (article Actinomycose mam-
maire).
- ERHARDT, Schweizer, Archiv, fév. 1896).
- GUERMONPREZ et BÉCUE, De l'actinomycose (Paris, bibl. Charcot-
Debove, 1894).
- HAMOIR, Annales de médecine vétérinaire, p. 251, mai 1898.
- HANAU, Zwei Fälle von Actinomycose (Correspondenzblatt für
Schweizer Aerzte, n° 6, I. S., 165, 1889).
- ILICH (A.), Beitrag zur Klinik der Aktinomykose (Dessert., Wien.,
1892).
- JENSEN, Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der
Veterinärmedecin, Jahr. 1893, XIII.
- JOHNE, Deutsche Zeitschrift für Thiermedecin und vergl. Anato-
mie, Bd., VII, Heft 3, 15 juli 1881.
- KÖNIG, Ein Fall von Aktinomykose homin (inaug. dissert.,
Berlin, 1884).

- MULLER (W.), Ueber Aktinomykose der Brustdrüse (Münchener medicinische Wochenschrift, p. 1027, decembre 1894).
- MAC-ARTHUR (L.), The American gynecological and obstetrical, journ., p. 364, mars 1897.
- PARTOCH, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, p. 510, Bd. XXI 1.
- PONCET et BÉRARD, Traité clinique de l'actinomykose humaine, 1898.
- PONCET, Lyon médical, n° 18, 6 mai 1900.
- PONFICK, Die Aktinomykose des Menschen, Berlin, 1882.
- RASMUSSEN, Ostertag, Handbuch der Fleischbeschau, 1892.
- SNOW, Brit. med. journal, p. 124, 1891.
- SZENASY (A.), Centralblatt für Chirurgie, p. 705, 1886.
- W. WILLIAMSON, The Veterinary journal, 1899.

